Ein Beitrag zur Röntgenuntersuchung des Ulcus ventriculi.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an der Friedrich-Wilhelm-Universität
zu Berlin.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von
Jacob Gellmann
aus Kamenetz-Podolsk (Ukraine)

Tag der Promotion: 18. Dezember 1920.

306

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät zu Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kilian
Referent: Prof. Dr. Kraus

Die Bedeutung der röntgenologischen Untersuchung des Ulcus ventriculi ist um so größer, als wir dadurch für die Diagnose sowie für die Therapie des Ulcus wertvolle Schlüsse ziehen können.

Bei der Röntgenuntersuchung des Ulcus ventr. unterscheiden wir zwischen einer primären, direkten und einer sekundären, indirekten Fernwirkung des Ulcus.

Nicht jedes Ulcus wird im Röntgenbilde gesehen. Das flache beginnende Magengeschwür, noch viel mehr eine Erosion der Magenwand werden selten einen positiven lokalen Befund ergeben.

Das Ulc. callosum ist dann nachweisbar, wenn es eine tiefe Nische, in der sich viel Kontrastbrei setzt, aufweist.

Für das Ulc. callosum stellte Haudek folgende Symptome auf:

1. divertikelartiger Vorsprung des Magenfüllungsbildes, meistens an der kleinen Kurvatur gelegen;
2. palpatorische Verschieblichkeit der Wismutquantität;
3. Zurückbleiben eines Wismutrestes an dieser Stelle;
4. Fehlen einer Gasblase.

Für das Ulcus penetrans hat ebenfalls Haudek folgende Symptome angegeben:

1. harter Wismutfleck, der beim Magenfüllungsbild vertikal sich abhebt oder mit diesem durch eine Schattenwand verbunden ist, zumeist nach der kleinen Kurvatur hin gelegen;
2. eine Gasblase oberhalb derselben;
3. längeres Zurückbleiben von Wismut an dieser Stelle;
4. Fehlen der palpatorischen Beeinflußbarkeit des Fleckes.

Die Diagnose des Ulc. callosum et penetrans ist trotzdem nicht mit Sicherheit zu stellen und die Autopsie in vivo oder auf dem Sektionstisch kann Überraschungen bringen.

Die Diagnose des Sanduhrmagens konnte früher klinisch nur in seltenen Fällen gestellt werden. Mit der Entwicklung der radiologischen Untersuchungen des Magens wurde auch die Feststellung eines Sanduhrmagens bedeutend erleichtert.

Wir unterscheiden einen anatomischen und einen funktionellen Sanduhrmagen. Der letztere ist entweder intermittierend oder persistierend. Beide werden durch ein Ulcus verursacht und kommen durch Kontraktion der großen Kurvatur zustande, nur beim persistierenden besteht die Kontraktur dauernd.

Der Unterschied zwischen dem anatomischen und spastischen Sanduhrmagen ist in den Konturen des Isthmus und in der Entfaltung vor dem Röntgenschirm zu suchen.

Als eine besondere Abart des Sanduhrmagens ist der Kaskadenmagen anzusehen. Entgegen dem Sanduhrmagen, der von links nach rechts entsteht, entsteht der Kaskadenmagen in der Richtung von hinten nach vorn. Er besteht ebenfalls aus zwei Teilen, zuweilen ist sogar ein dritter Teil noch vorhanden. Beide Kaskadenteile sind verschieden. Der obere cardiale Teil ist ballonartig, darüber erkennt man die Magenblase als Kuppelform, der untere pylorische Teil ist schlauchförmig. Der Kaskadenmagen kommt infolge eines chronischen Ulcus vor, kann aber auch durch andere nicht vom Magen abhängige Ursachen entstehen.

Zum Schlusse schildere ich zwei Fälle aus der II. Med. Klinik der Charité zu Berlin, bei denen die Operation einen erheblicheren Befund aufdeckte, als zuvor vermutet wurde. Im ersteren Falle handelte es sich um ein Ulc. callosum, das bereits perforiert war und bei mehrfacher röntgenologischer Untersuchung nicht entdeckt wurde.

Im zweiten Falle handelte es sich auch um ein Ulc. callosum, das röntgenologisch wenig charakteristisch war.

Die Lehre aus diesen beiden Fällen ist, dass Röntgenbefund und Operationsbefund mitunter divergieren. Ferner unter Berücksichtigung der klinischen Untersuchung soll man mit der Indikation eines operativen Eingriffs nicht zu lange warten, damit die Chancen einer Heilung sich nicht verschlechtern.